

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THESE

N°

302

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Adolphe NEVEU

Né le 15 septembre 1907 à Sainte-Marie (Ille-et-Vilaine)

Ex-interne, lauréat des Hôpitaux de Rennes

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LE MASQUE

ECCHYMOTIQUE CERVICO-FACIAL

AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1934

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550222_0077

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Adolphe NEVEU

Né le 15 septembre 1907 à Sainte-Marie (Ille-et-Vilaine)

Ex-interne, lauréat des Hôpitaux de Rennes

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LE MASQUE
ECCHYMOTIQUE CERVICO-FACIAL
AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1934

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Leon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E) Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENEAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino Laryng.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.

MM-

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale
 RICHEL Pathologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 SEZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale
CHIRAY	Clinique médicale.	GUENIOT	Clinique obstétricale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER..	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Education Physique.
FREY.....	Stomatologie.
LEDOUX-LEBAR.....	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA GRAND-MÈRE

En témoignage d'affection et de
reconnaissance.

A Monsieur le Professeur BRINDEAU
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous a fait l'honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur V. CATHALA
ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL SAINT LOUIS

Dont nous avons été l'externe,
et qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse.

A Monsieur le Docteur MARQUIS
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES
DIRECTEUR DU CENTRE ANTICANCÉREUX DE BRETAGNE
CORRESPONDANT NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ
DE CHIRURGIE

Dont nous avons été l'externe.

A Monsieur le Docteur LE DAMANY
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE RENNES

Dont nous avons été l'interne.

A Monsieur le Docteur ALPHONSE PELLÉ
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE RENNES

A Monsieur le Docteur SOURDIN
PROFESSEUR D'ANATOMIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE RENNES

Dont nous avons été l'aide.

A Monsieur le Docteur ABEL PELLÉ
PROFESSEUR D'ANATOMIE SUPPLÉANT A L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE RENNES

A Monsieur le Docteur PISSAVY
MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS

Dont nous avons été l'externe
in memoriam

A Monsieur le Docteur F. M. CADENAT
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

Dont nous avons été l'externe.

A TOUS NOS MAITRES DES HOPITAUX
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A TOUS NOS MAITRES DES HOPITAUX
DE PARIS

Avant-propos

Au cours de notre Externat à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis, nous avons vu quelques femmes présenter après l'accouchement des suffusions sanguines de la face et du cou.

Leurs observations ont été publiées par MM. Cathala et Bernard Griffiths sous la dénomination de « Masque ecchymotique cervico-facial chez les Accouchées ».

Notre maître M. Cathala nous a conseillé de faire des recherches sur ce sujet.

Observation I

Marguerite P..., secondipare, âgée de 19 ans, dont les dernières règles datent du 3 au 6 mars 1932, accouche spontanément le 23 novembre 1932 d'une fille vivante, pesant 2.900 grammes. Le travail de l'accouchement a duré dix heures. Le fœtus, qui se présentait en O.I.G.A., a été expulsé en dix minutes par des contractions assez intenses. Délivrance naturelle, complète, du poids de 550 grammes.

Le lendemain, à la visite, on constate chez la mère (*fig. 1*) un fin piqueté purpurique de la face, du cou et de la partie supérieure du thorax. Le piqueté est plus accentué à la face, aux paupières et sur les épaules qu'au cou. Il descend jusqu'à dix centimètres au-dessous des clavicules. Sur les membres supérieurs, il s'arrête à la hauteur de l'insertion humérale du deltoïde. Il existe une légère bouffissure de la face et des paupières. . Il n'y a ni ecchymose sous-conjonctivale, ni crépitation gazeuse sous-cutanée, sous-claviculaire. Quelques éphélides sur la face.

Les éléments hémorragiques persistent pendant

dix jours. Il s'atténuent progressivement et passent par les colorations habituelles du purpura.

Les suites de couches sont normales, sans augmentation de l'écoulement lochial.

L'enfant n'a pas souffert pendant la grossesse et l'accouchement. Il a respiré dès son expulsion. Son examen n'a révélé aucun signe de lésion traumatique. Après une chute de poids de 220 grammes, il a augmenté progressivement et est sorti du service, bien portant, pesant 3.000 grammes, le 1^{er} décembre,

Dans les antécédents de l'accouchée, on relève une tumeur blanche du genou, guérie par ankylose en bonne position. La femme a eu la diphtérie au cours de sa grossesse. Elle n'a pas eu d'albumine dans les urines. Réglée à 11 ans 1/2, régulièrement, elle a eu, il y a 22 mois, une première grossesse qui s'est terminée spontanément au terme de 8 mois.

Observation II

Charlotte M...., âgée de 25 ans, dont les dernières règles sont du 27 mars au 1^{er} avril, accouche spontanément, à terme, le 29 décembre 1932.

Le travail a duré soixante heures, avec des contractions douloureuses particulièrement violentes, pendant les six dernières heures. Les efforts d'expulsion ont duré une heure et demie. Le fœtus qui se présentait en O.I.D.A. est né en O.P. Délivrance naturelle, poids du placenta : 620 grammes.

On s'aperçoit sept heures après l'accouchement, que la femme présente une éruption purpurique qui s'étend sur la face, le cou et les épaules (*fig. 2*). Les éléments hémorragiques sont nombreux, rapprochés et fins. Ils ne dépassent pas les dimensions d'un grain de blé. Ils sont surtout abondants au cou, au menton et sur les paupières. Il n'existe aucun autre signe de traumatisme : ni ecchymose sous-conjonctivale, ni épistaxis, ni hémophysie, etc...

L'examen de l'accouchée ne révèle rien de particulier. . Aucune lésion du cœur, des poumons, du

foie, de la rate etc.. Le système nerveux est normal. La tension artérielle au Vaquez est de 13×7 . Temps de coagulation : 10 minutes. Temps de saignement : 5 minutes. Le signe du lacet est positif.

Suites de couches normales. L'éruption s'efface rapidement ; elle a complètement disparu le dixième jour.

Antécédents : menstruation à 12 ans, assez régulière, durant 5 jours, mais peu abondante. Rougeole et coqueluche dans le jeune âge. Pas d'albumine dans les urines pendant la grossesse.

L'enfant, du sexe masculin, du poids de 3.550 grs. ne présente aucune lésion traumatique. Il crie dès la naissance. Après une chute de poids de 370 grammes, il augmente régulièrement. Il pèse 3.500 grammes, le 12 janvier 1933, à sa sortie de la Maternité.



Fig 1



Fig 2

Observation III

Céline B..., primipare, âgée de 20 ans, ayant eu ses dernières règles du 22 au 25 mai 1932, accouche spontanément à terme, le 1^{er} mars 1932, d'un garçon de 3.170 grammes.

Le travail a duré douze heures avec contractions douloureuses très pénibles pendant les trois dernières heures. Efforts d'expulsion assez violents pendant une demi-heure. Délivrance normale ; poids du placenta : 570 grammes.

Dès la fin du travail apparaissent des pétéchies sur le visage, les épaules et les bras et un léger œdème de la face. Les pétéchies cessent, sur le tronc, à quelque centimètres au-dessous des clavicules et, sur les bras au niveau du pli du coude. Les ecchymoses sont plus larges dans le creux sus-claviculaire.

Les deux yeux présentent des ecchymoses sous-conjonctivales.

L'examen des divers appareils ne révèle rien d'anormal. Tension artérielle : 13 × 8 au Vaquez. Temps de saignement : 6 minutes. Temps de coagulation :

8 minutes. Signe du lacet : quelques éléments légers.

Antécédents : menstruation à 16 ans, toujours normale. Rougeole, coqueluche, scarlatine, bronchite. Ni sucre, ni albumine pendant la grossesse.

L'enfant respire dès la naissance. Il fait une chute de poids de 365 grammes dans les jours qui suivent sa naissance, mais il reprend rapidement et il quitte le service le 17 mars 1933, pesant 3.150 grammes.

Observation IV

A ces observations personnelles, nous joindrons l'observation faite en 1911 sur un cas analogue par M. Devillers fils, de Guise :

Observation.

En août 1911, il nous a été donné d'observer un cas de masque ecchymotique de la face consécutif aux efforts de l'accouchement. Le fait nous a semblé assez rare pour mériter d'être signalé.

Cet aspect si singulier que nous allons décrire ne s'est pas passé sous nos yeux ; la parturiente, âgée de 32 ans, ayant déjà accouché spontanément 2 fois avait simplement demandé l'assistance d'une sage-femme, et de fait le travail ne présenta par ailleurs rien de particulier : durée 5 heures, enfant du poids de 3 kgs, 500, venu par le sommet.

Ce n'est que quelques heures après l'accouchement qu'on vient nous chercher, redoutant pour M^{me} D..., l'apparition d'une scarlatine.

Cette femme, d'un blond châtain, d'un teint coloré,

d'une taille moyenne et d'une forte carrure, nous était connue depuis longtemps.

Elle était venue à plusieurs reprises dans le cours de sa grossesse nous apporter de l'urine, parce qu'elle avait été atteinte de phlébite l'année précédente ; les analyses n'avaient rien décelé.

A notre arrivée chez M^{me} D..., nous sommes très frappés de la teinte pourpre du visage et des taches ecchymotiques des conjonctives. Nous apprenons que cette femme a éprouvé dans la dernière heure de l'accouchement et après des efforts considérables, des bourdonnements d'oreille et un affaiblissement de la vue qui lui fit réclamer de la lumière alors qu'il faisait déjà jour et que l'éclairage était jugé suffisant par les assistants. En même temps quelques gouttes de sang s'écoulaient par la narine gauche.

Passant à un examen plus approfondi, nous voyons le front, le visage, le cou, la nuque, tout le dos et la face externe des membres supérieurs jusqu'aux coudes uniformément rouges, d'un rouge écarlate fait d'un fin et serré pointillé ecchymotique ; les pommettes sont d'un rouge plus sombre, d'un rouge pourpre, les lèvres légèrement violacées.

La rougeur part des confins du cuir chevelu respecté et de là envahit toutes la partie supérieure du corps, s'arrêtant en avant suivant une ligne horizontale, à deux travers de doigt de la naissance des seins dont

la blancheur fait contraste, en arrière descendant beaucoup plus bas, elle cesse horizontalement au bord inférieur de la 12^{me} côte.

La face interne des bras et les aisselles possèdent leur coloration habituelle.

La passage des régions colorées aux régions normales se fait par une zone de transition large de deux travers de doigt, dans laquelle le piqueté hémorragique se desserre de plus en plus.

Les deux yeux, mais le gauche plus que le droit, sont marqués de taches ecchymotiques d'un rouge vif se détachant nettement sur le brillant de la sclérotique.

Elles naissent à 2 ou 3 millimètres du limbe cornéen, superposées en quelque sorte aux insertions du droit interne et externe de l'œil, et se portent respectivement en dedans vers la caroncule et en dehors vers la commissure des paupières sous la forme d'un trait de pinceau horizontal de un demi-centimètre de large environ.

C'est tout ce que l'on voit dans le regard de face mais si l'on fait regarder en bas, on aperçoit sous la paupière supérieure gauche une tache ecchymotique lenticulaire, sous la droite un pointillé de même nature inscrivant le limbe cornéen.

Dans le regard en haut et pendant l'abaissement des paupières inférieures, on voit l'hémisphère de l'œil

rouge et le cul de sac palpébral d'un rouge plus sombre tirant sur le bleu.

L'examen bucco-pharyngé reste négatif comme aussi celui du conduit auditif externe.

Tel est l'état objectif de M^{me} D..., le jour de son accouchement.

Priée de lire un journal, elle le fait de l'œil gauche comme de l'œil droit, mais avec une certaine fatigue.

L'examen ophtalmoscopique pratiqué une douzaine de jours plus tard, alors que persistent encore les taches ecchymotiques des yeux, ne permet pas de découvrir trace d'une hémorragie antérieure importante : nous disons importante, car nous ne sommes pas assez familiarisés avec l'ophtalmoscope pour pouvoir dire que rien de pathologique ne nous est échappé.

L'aspect si particulier de M^{me} D..., s'atténue et s'effaça de jour en jour ; il disparut au bout de 15 jours les yeux conservèrent leurs taches ecchymotiques le même laps de temps, mais elles se montrèrent de plus en plus atténuées et comme lavées.

Observation V

Nous rapprocherons des observations précédentes l'observation faite en 1932 par M. P. Henriot d'Avignon.

Publiée sous le titre de « Purpura Urticans », elle se rapporte, du moins dans sa seconde phase, à un cas typique de masque cervico-facial.

« X... 20 ans, primigeste, en excellente santé, cependant porteuse d'un tœnia.

Dans les trois jours qui précèdent l'accouchement, se voit une éruption urticarienne atteignant la presque totalité des téguments, prédominant au tronc et aux mains, avec quelques éléments purpuriques en vibices, œdème des mains, prurit très marqué.

En présence de ce tableau clinique nous examinons les urines, recueillies par sondage ; elles contiennent soixante centigrammes d'albumine. La tension artérielle est de 13 1/2-8 au Vaquez.

Au moment de l'accouchement, entièrement normal, lors des douleurs expulsives, apparaît subitement au niveau de toute la face, de la région antérieure

du cou et de la partie supérieure de la poitrine une éruption purpurique très intense. Les éléments, très serrés, sont formés principalement de vibices et accessoirement de pétéchie. L'éruption conserve ses caractères pendant la vitropression. Il y a des hémorragies conjonctivales. Un épistaxis modéré se voit dans les heures qui suivent l'accouchement.

Le prurit disparaît complètement au moment de l'accouchement.

Au bout de quarante-huit heures, le purpura s'atténue, surtout au niveau des conjonctives. Le cinquième jour tout signe dermatologique a disparu, il n'y a pas eu de fièvre, les suites de couches sont obstétricalement normales ».

Fréquence

La fréquence des accidents que nous venons de relater n'a pas été signalée, mais en dépit de trois observations recueillies dans la même Maternité en l'espace de quelques mois, ils apparaissent comme exceptionnels, du moins dans les formes intenses car il n'est pas impossible que bien des formes légères passent inaperçues ou soient confondues avec d'autres lésions cutanées.

Symptomatologie

Les symptômes du masque cervico-facial des accouchées sont comparables en tous points à ceux du masque cervico-facial des traumatisés du thorax, mais apparaissent comme beaucoup moins intenses.

Ce sont avant tout les suffusions sanguines localisées : la face, le cou et parfois la partie toute supérieure du thorax et les bras apparaissent couverts de tâches purpuriques plus ou moins nombreuses et étendues. Le plus souvent elles sont petites, mais très serrées les unes contre les autres.

Lorsqu'elles s'étendent sur le thorax, les tâches purpuriques respectent les seins, tandis qu'en arrière elles descendent souvent beaucoup plus bas, jusqu'aux douzièmes côtes.

Elles s'étendent rarement sur les bras et dans ce cas elles ne dépassent pas le coude, respectant l'avant-bras et la main.

Ces suffusions sanguines ne s'accompagnent d'aucunes lésions muqueuses bucco-pharyngées. Par

contre les deux yeux présentent des ecchymoses sous conjonctivales (Obs. III et IV).

Le masque ainsi constitué prend souvent l'aspect d'une éruption scarlatineuse (Obs. III et IV). D'autres fois la peau, surtout vu à quelque distance prend une coloration bleue-bistrée.

L'inspection révèle parfois une certaine bouffissure de la face et des paupières, une infiltration œdémateuse modérée, que confirme la pression (Obs. I et V). Les plis du drap s'impriment sur la joue de la malade.

Parfois on observe en même temps une épistaxis légère (Obs. V). Il peut exister quelques troubles visuels passagers consistant en une diminution de la vision (Obs. V).

Ces éléments purpuriques apparaissent au cours du travail après la période de dilatation du col (Obs. III et V). Souvent ils ne sont remarqués que dans les heures qui suivent l'expulsion (Obs. I, II et IV). Ils persistent durant dix à quinze jours. Leur coloration s'atténue rapidement et passe par les stades habituels du purpura.

Les seuls signes fonctionnels observés jusqu'ici se bornent à des bourdonnements d'oreille et à une diminution de la vision. (Obs. IV)

Il n'existe pas d'hémoptysie, du moins dans les cas connus, pas de signes de compression cérébrale, pas de Kernig, pas d'augmentation de la tension artérielle.

L'examen du liquide céphalo rachidien qui pourrait être intéressant n'a pas été pratiqué en raison de l'absence de signes méningés dans les cas cités.

On a recherché 2 fois le temps de coagulation qui s'est montré normal : 8 à 10 minutes.

Le temps de saignement recherché deux fois également s'est montré légèrement augmenté : 5 à 6 minutes au lieu de 3.

Le signe du lacet recherché dans deux cas (Obs. II et III) s'est montré positif, une fois très accentué, une fois moindre, prouvant une fragilité veineuse particulière.

Dans les antécédents on ne relève rien d'anormal. Signalons cependant chez la malade de Devillers l'existence d'une phlébite l'année précédente.

Sur les cinq cas cités, trois femmes étaient primipares, une seconde bipare, une cinquième accouchait pour la troisième fois.

L'accouchement a toujours été spontané, le travail parfois un peu allongé, mais les efforts d'expulsion n'ont jamais été excessivement violents.

Les suites de couches ont été normales dans tous les cas.

Les enfants nés de ces accouchements étaient également normaux.

Formes cliniques

Les formes frustes, partielles, sont fréquentes chez les traumatisées atteintes de masque cervico-facial. La possibilité de leur existence doit être particulièrement retenue chez les accouchées.

En dehors des ecchymoses sous-conjonctivales oculo-palpébrales et péri-orbitaires, l'ecchymose bilatérale des conjonctives, des paupières et du pourtour des yeux, formant des « lunettes noires » crée un aspect tout à fait spécial et fait penser à la fracture du crâne.

Pathogénie

La pathogénie du masque cervico-facial des accouchées est la même que celle du masque cervico-facial des traumatisés du thorax.

Il s'agit toujours d'une compression thoracique, mais souvent de bien moindre importance, chez les parturientes que chez les traumatisés.

De plus, la compression, au lieu d'être externe, ou plutôt à la fois externe et interne, car il existe toujours un effort de défense dans le traumatisme, est ici uniquement interne.

La face tuméfiée et noirâtre des grands traumatisés présente du reste un aspect bien différent des suffusions sanguines des accouchées.

Mais cependant tout comme le traumatisme, les efforts de la période d'expulsion arrêtent et font refluer en masse le sang dans la veine cave supérieure et son territoire tributaire, partout où l'absence de valvules, détail anatomique capital qui permet seul la production de ce phénomène si spécial ne met pas obstacle au reflux du sang veineux.

La présence de valvules aux veines du membre supérieur explique la limitation des suffusions sanguines qui n'atteignent pas l'avant-bras.

Au contraire, le sang remonte dans les jugulaires, libres, et cet afflux veineux brutal à haute pression crée, dans leur territoire, à la face et au cou, les suffusions sanguines cutanées ou les ectasies veineuses.

Il est évident que cet afflux veineux qui n'est visible extérieurement qu'aux téguments de la face et du cou, se poursuit jusque dans les veines intra-crâniennes, comme le prouvent d'ailleurs les épistaxis, les hémorragies rétiniennes et sous conjonctivales bien connues dans cette affection.

L'effort intervient donc certainement comme cause occasionnelle dans la production du masque cervico-facial des accouchées.

Mais il est loin d'apparaître avec évidence comme particulièrement anormal dans le petit nombre des cas observés.

Il faut donc qu'intervienne une autre cause nécessaire et véritablement déterminante : la fragilité veineuse particulière, fragilité dont nous avons pu noter la présence dans plusieurs cas où le signe du lacet apparaissait comme positif.

Diagnostic

Le diagnostic positif du masque ecchymotique cervico-facial des accouchées est basé essentiellement sur la coloration purpurique localisée à la face et à la partie supérieure du thorax, coloration apparue soudainement chez une parturiente au cours du travail, en l'absence de tous signes généraux et de phénomènes bucco-pharyngés.

Les cas rapportés ci-dessus méritent le nom de masque cervico-facial en raison de l'étendue des ecchymoses, et se distinguent ainsi des hémorragies conjonctivales minimales qui se voient souvent au cours du travail, des ecchymoses palpébrales, oculaires, faciales, consécutives à d'autres efforts, aux quintes de coqueluche par exemple, et qui sont extrêmement banales, bien que n'en reconnaissant pas moins du reste la même pathogénie.

On ne le confondra pas avec les éphélides ou « taches de rousseur » vulgaires qui existent toute l'année et s'accroissent seulement au soleil de l'été.

Les pigmentations anormales du « masque de gros-

sesse » sont également jaunâtres. Dans un cas comme dans l'autre, la confusion ne deviendrait possible qu'au bout de quelques jours, lorsque les éléments purpuriques changent de teinte.

Mais, à ce moment l'interrogatoire suffirait à faire lever tous les doutes.

Le purpura urticans constitue une éruption généralisée, et les éléments sont prurigineux.

Le masque cervico-facial des accouchées a pu prendre à son début l'aspect d'une scarlatine. C'est ce qui est arrivé dans les observations III et IV. Mais il n'existait pas de fièvre, la langue était de couleur normale, il n'y avait pas eu de vomissements, pas d'angine, pas de signes généraux graves.

De même on pourrait le confondre avec l'éruption de la rougeole, d'autant plus que celle-ci débute à la face pour gagner progressivement le reste du corps. Mais ici encore il manque le catarrhe oculo-nasal, la longue période prodromique, la toux.

Le diagnostic avec la rubéole, surtout dans sa forme scarlatineuse, peut n'être pas sans difficultés. Dans la rubéole en effet, l'éruption prend d'abord la face, les signes généraux sont modérés et passent souvent inaperçus, la fièvre est absente ou tombe en 36 heures, l'angine est très légère.

L'éruption discrète aux parties découvertes et la bénignité de l'affection font que, tout comme dans

le masque cervico-facial, certains cas légers passent inaperçus.

Mais dans la rubéole l'éruption apparaît ensuite au dos et surtout aux fesses et au pourtour du bassin où elle est très marquée, les engorgements ganglionnaires notables sont presque constants.

Dans les érythèmes infectieux de la fièvre typhoïde ou de la diphtérie, la maladie initiale est ordinairement connue, et il n'y a en outre des signes généraux importants, des douleurs articulaires.

On pourrait également confondre le masque des accouchées avec l'érythème scarlatiniforme récidivant, où les signes généraux sont légers. Mais si ce n'est pas la première atteinte, l'interrogatoire permettra le diagnostic.

Les érythèmes infectieux et sériques s'accompagnent de signes généraux, et dans le second cas, la malade aura gardé le souvenir d'une récente injection de sérum.

On pourrait encore confondre le masque cervico-facial avec les éruptions dues aux intoxications par l'opium, la quinine, la belladone.

Mais l'éruption belladonie est fugace. Il existe des signes généraux d'intoxication.

Dans l'empoisonnement par l'opium, il y a somnolence ou coma.

L'empoisonnement par le mercure s'accompagne d'une diarrhée persistante.

Toutes ces éruptions du reste, même si au début elles se sont localisées à la face et au cou, ne tardent pas à se généraliser.

En somme le masque ecchymotique cervico-facial des accouchées risque davantage d'être méconnu que confondu et nous signalerons une fois de plus la possibilité de formes frustes pouvant passer inaperçues.

Pronostic

Tous les cas cités se sont terminés par la guérison sans séquelles, et sans que la malade ait jamais présenté les accidents graves que l'on peut rencontrer parfois dans le masque ecchymotique cervico-facial des traumatisés du thorax.

Est-ce à dire qu'il doive toujours en être ainsi ?

Le petit nombre des cas observés au cours de l'accouchement ne permet pas de l'affirmer, non plus d'ailleurs que la pathogénie des accidents.

Dans un traumatisme violent l'aspect de la face « bouffie et toute bleu » est tout de suite inquiétant. Certes beaucoup de ces « faces noires » guérissent sans alerte, mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'on a observé des masques ecchymotiques de pronostic grave.

Les fractures, les lésions viscérales traumatiques invoquées alors se sont souvent révélées inexistantes à l'autopsie et l'on a reconnu que la mort pouvait procéder de lésions asphyxiques, de la « traumatic asphyxia » des auteurs anglais et américains.

Nous donnerons à l'appui de cette affirmation l'exemple suivant cité par Scholtz de Berlin en 1909: deux ouvrières travaillent à la blanchisserie de l'hôpital de Béthune.

A la suite d'un accident de l'appareil, elles sont toutes deux violemment serrées entre un cylindre et le mur. Le masque ecchymotique est net sur l'une et sur l'autre : l'une meurt aussitôt, l'autre guérit après avoir présenté une agitation furibonde (*Füribunder Ergunzsustand*) jusqu'au soir du premier jour.

L'autopsie pratiquée chez la première ne révéla ni fracture, ni rupture de viscères, mais une stase et une infiltration veineuse de tous les organes.

Dans ces cas, à défaut de lésions graves, la dyspnée et le rythme respiratoire accéléré sont des signes de mauvais pronostic.

L'étude du mécanisme de l'affection nous a montré du reste, que théoriquement du moins, le reflux du sang dans les veines intra-crâniennes pouvaient produire des suffusions sanguines ou tout au moins une congestion passagère des centres nerveux.

Il apparaît comme assez plausible de rattacher ainsi au masque cervico-facial certaines hémiplegies, monoplegies, aphasies ou phénomènes de choc qui surviennent de façon transitoire et sans cause apparente après l'accouchement.

Conduite à tenir

Malgré l'absence de cas graves notés jusqu'à ce jour il semble cependant que l'apparition d'une pigmentation purpurique de la face et du cou chez une parturiente doive faire craindre la possibilité d'accident.

Il y a lieu de hâter l'accouchement surtout si l'on voit que les efforts sont très violents et que l'accouchement spontané doit être assez long.

Il est indiqué dans ce cas de terminer rapidement l'accouchement par un forceps.

Conclusions

Parmi les accidents survenus au cours des efforts de l'accouchement on a pu observer des suffusions sanguines de la face et de la partie supérieure du tronc.

Ces suffusions reconnaissent pour cause l'effort mais aussi la fragilité sanguine ou vasculaire car elles ne sont pas en rapport avec l'intensité de l'effort,.

Ces lésions sont de même nature et reconnaissent le même mécanisme que ce qui a été décrit sous le nom de masque cervico-facial en chirurgie.

Ces lésions du masque cervico-facial des accouchées qui paraissent bénignes doivent cependant pouvoir d'après, leur pathogénie, s'accompagner de lésions viscérales profondes, graves, d'où indication à terminer rapidement l'accouchement dès qu'elles se révèlent.

Vu : le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : le Président de thèse,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Cathala et Bernard Griffiths. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, novembre 1933, pp. 735 à 741. « *Masque ecchymotique cervicofacial chez les accouchées* ».

Devillers. — Bulletin de la société de chirurgie. Séance du 8 novembre 1911, *Observation de Devillers fils rapportée par Mauclair.*

Greifswal. — Thèse 1873.

Henriet. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, avril 1933, pp. 379 à 381.

— « *Purpura Urticans* » (*Urticaire dans les derniers jours de la grossesse, purpura au moment des douleurs expulsives*).

Keller. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, juillet 1932, « *Pétéchies sous cutanées de la face, leur rapport avec les phénomènes de l'accouchement* ».

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie, 1898, p. 79. *Description du masque ecchymotique de la face, sans le nom.*

Le Dentu. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1906.

Morestin. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, décembre 1905,

